

は病院の外だけなのかという点、絶対にそんなことはあり得ないのです。多く亡くなっているのは当然病院の中なので、この中にも異状死は当然入ってきます。なおかつ、モデル事業というのは、この病院の中で亡くなったものの中のごく一部の医療関連死しか扱っていないので、これのおまけとして Ai が使われたら、本当に顕微鏡の虫眼鏡で見るような形の検査にしかならない。これはやめていただきたい。

では、どうするか。とりあえずスクリーニングとして全体に Ai を行ってください。ですので、たぶん、異状死に関しては不明死体から事件性のものをスクリーニングしましょう。検死の情報と併せて初動捜査を確実にする。そうすると、たぶん、捜査費用がどのぐらい軽減するかということがエビデンスとして出てくるかもしれません。また、病院の中に関しては、医療過誤死とかいう問題もあると思うので、そちらに関しては、Ai を行うことによって訴訟リスクがどのぐらい減るかというエビデンスも出てくるかもしれません。ですので、院外であろうが院内であろうが、Ai をやることのデメリットはあまりないのではないか、やるためにはきちんとお金を付けてくださいと。

それで、問題としてすごく挙がっていたのは、医療訴訟になるときの問題が遺族と担当医に情報が共有できないため、溝があったと。それを埋めるのが Ai という客観データというふうになると思います。この情報を基にすると、医療者側のみが情報を持っているのではなくて、遺族側にも提供できる。情報格差もなくし、なおかつ第三者の意見も聞けるということになります。

では、なぜ Ai 情報センターが必要なのか、各地に Ai センターができたからいいのではないかと。どうも、Ai を行えるのは一般病院、最近増えてきた Ai センターや法医学教室の CT 装置というのがあります。もう一つは、モバイル CT の活用も検討されるべきだと思います。ただ、それぞれに利点と欠点があって、一般病院ではきちんと検査の撮影ができる診療放射線技師はいるのです。ただし、読影できる医師がいるかどうかは不明である。法医学教室では、おそらく、放射線科医が所属している所がほとんどない、協力できている所もまだ少ないので読影できるかどうかわからない。あと、一般病院では外からの症例について引き受けるという所はまだ本当に限られています。ですので、撮る所で全部読影まで行おうとすると無理がある。これを解消するために何をすればいいか。一般病院の問題というのは、あまりうちで Ai をやっているというのは大きな声で言ってほしくないんだよねと。自分の病院で亡くなったときにはしょうがないけれども、外からの検査なんて絶対に引き受けたくないんだよと。実は、放射線科の先生が死体を読んだことがないから読みたくないと言っているんだよねと。講演会でやると、こういう声はいくつか聞こえてくるのです。そうすると、何が問題かという点、検査だけはきちんと行ってください、読影はどこか引き受ける施設があればそこに回せばいいのではないかという形の意見になります。ですので、院内で実施できる場合にはそこでやってもらう。院内で実施できない場合は、受付先としていて今だに増えてきた Ai センターを利用してもらう、あるいはモバイル CT を利用してもらう。また、読影に関しては専門医会が立ち上げた Ai ワーキングとか、メンバーが所属している Ai 情報センターを活用していただきたい。

それで、どれについて行うかというのが今回の検討会で是非議論していただきたいところです。よく言われるのは大きなイベント、手術の後に急変した症例という意見もありますし、児童虐待についてやっていただきたいというのも日本医師会の提言としてあります。また、もう一つ、これは多くの遺族がそうなのですが、どんな普通の病気でも最後は急変することが多いのです。そうした場合に、何が起こったかわからないから、別に、病院を疑っているわけではないのだけれども何が起こったか知りたい、死因をある程度推定したいというのがあります。そういった場合にも、遺族の要望に対して応えられるような形で Ai を実施できる体制を整えていただきたいと思います。

ですので、この場合は検査と読影を分ける。検査は診療放射線技師、読影は放射線科の専門医、それぞれ別に費用が必要だということをまず認識していただきたいと思います。そうすると、検査の実施は各施設で行うことができ、少なくとも、これを各県に一つ、外部からの依頼を受け付ける機関ができれば、そこでまず Ai だけを行ってしまう。もしそ

ここで読影ができるのであればそこで任せてもいいでしょうし、そこで読影できたとしても第三者の意見が聞きたいという遺族の要望があった場合には、それを Ai 情報センターに送っていただく。こういった形のフォローができれば良い制度ができるのではないかと思います。

それで、医療事故の場合に何が問題なのか。ポイントは、起きたときにすぐ亡くなる事例以外のものがたくさんあるのです。医療者側も必死に救命しようとするので、事故が発生したとき、それから患者さんが亡くなった場合にタイムラグがあるのです。そうすると、起きたときの画像と亡くなったときの画像の間でいろいろ情報が変わってしまう。今までこういったことに言及しないで行われてきたのが剖検だけなのです。剖検というのはすごく優れているのですが、発生したときの状況にいろいろな情報が修飾されてしまうところが問題です。事件が発生したときと亡くなったときの両方で Ai を撮ってあげれば、この画像 2 つを比較して、どういったイベントが起こったかということを含めて今まで以上に精査できるのではないかと思います。

その情報を、院内の安全委員会だと第三者の意見ではないという意見があるかもしれないので、これを情報センターで読影する。それで異状死の疑いがあったら、この後、解剖に回す。そういう流れもあっていいのではないかと思います。ですので、院内での実施、情報センターの活用、最後に剖検という流れができると思います。現在、Ai 情報センターについてはホームページである程度活動が紹介できています。年間 3,000 例ぐらいまでは読影可能です。メンバーとしてはワーキンググループの中の 6 名の放射線科の専門医が所属しています。

今後なのですが、前に放射線科のニューズレターで載ったのですが、4%ぐらいの人を向ければ、異状死 16 万体制は何とかなるのではないかと。そのために向けて、現在、研修会の制度あるいはガイドラインなどの整備を整えている途中です。費用はどのぐらいか。日本医師会のほうの答申で、1 体の費用を 5 万 2,500 円という形を試算していますので、これがベースになるのではないかと思います。また、情報センターでの読影依頼は 1 件について 3 万円という額を今のところ設定しております。読影方法についてはインターネットを経由した簡易なシステムで、普通にパソコンが使える方でしたら使えるようなシステムを目指しています。

そういった形で、社会的にも活用するためのデータベースの蓄積も行っていくというのも、今後、情報センターの活動の一つです。目的としては、Ai は医療の現場のエンドポイントで医療従事者が診断しましょう。費用は医療費外から医療現場に支払ってください。Ai 情報については医療従事者並びに遺族の関係者にも中立的かつ公平に提示するシステムにしてください。そういうふうになっています。

最後です。遺族の立場での死因究明制度を是非とも確立してほしいと思います。今回の Ai というのは基本的に画像診断です。検査を行うのは技師であり、読影は放射線科専門医が行います。それぞれについて、物ではなくて人に費用を付けてください。Ai をスクリーニングとして活用してください。これが私としての意見です。どうもありがとうございました。

○門田座長 非常に説得力のあるご発表をしていただきましたが、まだ 10 分か 15 分ぐらいの時間はあると思いますので、いまの山本先生からのご発表についてのご質問をお願いしたいと思います。

○今村先生 2 点あります。日本医師会は、例えばこの制度をつくるためにはきちんとした費用拠出をしていただかなければできないということは申し上げていて、塩谷先生や山本先生も金額について触れていただいたのですが、現在、千葉大の Ai センターは年々読影が増えているということがありますが、この費用についてはほとんど持ち出しということではよろしいのでしょうか。今、全国に Ai センターが多数できている中で、皆さんはどのように運営されているのかなということが 1 点あります。

もう 1 点は、情報の共有というか、集約というのはとても大事だと思っているのですが、今、Ai 情報センターのほうには読影の依頼がどんどん増えてきているのでしょうか。現状

だけ教えていただけませんか。

○山本先生 1点目の千葉大での検査の状況なのですが、基本的に病院持ちです。もともとが科研費を少し付けていただいていたので始めたものなのですが、技師の協力と放射線科診断医が生体の読影の合間をぬって何とかこなしているというのが現状です。私たちの施設でしたら、何とか我慢してねという形で言えるかもしれないのですが、全国に広げる場合には絶対にあってはならないことなのです。正当な行為に対しては正当な費用を拠出していただきたいというのが私たちの要望です。

もう1点、Ai情報センターなのですが、実際に郵送受付を始めたのは4月からです。まだ、アナウンス不足というのがありまして、郵送でぼちぼち来ているだけです。なおかつ、一般財団法人という形ですので、国の援助が全くない状態で、私もほとんどただ働きで給料が出ていないのです。早く何とかしていただきたいというのが、もう一つ私の希望としてあります。

○北村先生 山本先生、Aiに対する考え方、詳しい解説をありがとうございました。日本放射線技師会でも2008年からAi活用検討委員会ということで、山本先生と相談させていただきながらいろいろなことで活動してきております。その中で、Aiの検査を行うのは我々診療放射線技師ということで、CT等を使った院内ガイドラインを作成して今年春に出させていただいております。それは感染の問題とか撮像法の問題を含めて、診療放射線技師がどこでも同じような形でできないと駄目だということでそういうガイドラインを出させていただいております。また、調査等を行った結果、これまで全国の病院でほとんどの所はこういうAiの検査を行っている。その中で、先ほど説明の中であったとおり、医療費の中で30何%とか、病院の持ち出し30%という形で、実際にはそういう検査をやっていくと費用の問題も嵩んでくるということがありまして、それをどう扱うか。今回こういう検討会の中で、そういう費用負担の問題も含めて、さらに診療放射線技師をどう使うかということも含めた形の検討をお願いしたいと思っております。

○門田座長 先ほどの今村先生のご質問に対して、山本先生は郵送でとおっしゃられたのですが、郵送なのですか。今のこの時期に郵送なのかと思ったのですが。

○山本先生 施設によっては、直接ネット経由でやるとセキュリティがと考える病院もあるのです。ですので、そういった所からも受け付けられるような形と、もう一つは、こちらとしてはネットがいちばん楽なのですが、それには設備投資をしなければいけないのですが、そのお金があまりないと。ですので、いまはミニマムスタートで、7月からは読影をネットで受け付ける予定なのですが、今後件数がすごく増えたら当然大変になってしまうかなというのが現状です。

○池田先生 両先生のお話を聞いていて、私は両先生をよく存じ上げていますのでいまのお話については大変ありがたく拝聴したのですが、この検討会にもかかわることなのですが、そもそも死因究明を何のためにするかということで、山本先生は比較的ご遺族の立場に立っているなど。塩谷先生は、異状死体の中に犯罪の見落としもあるとか、あるいは死因を究明して後の医療に役立てようとか、観点のニュアンスがちょっと違うと思うのですが、この検討会はそもそも死因究明に資する死亡時画像診断ですので、死因究明を何のためにするかというところを委員の先生方が共有しないと話が進まないのではないかと思います。何のために死因究明をするかというのは、たぶん、立場によってそれぞれ違うはずなのです。例えば病理の先生だったら、原因を明らかにして次の患者に役立てるとか、あるいはモデル事業でしたらば、死因究明、再発防止が第一義的な目的ということになりますし、そのほか、保険の公正のあり方とか公衆衛生の向上とかいろいろあると思うのですが、私は法医学者ですけれども、解剖するしないは別として、死因究明というのは、先ほど山本先生が言いましたけれども、我々医療者ができる最後のことですので、それは究極的には死者のためというか、死んだ人のためにするものだというふうに我々は学生時代から習ったのですが、そういうふうな観点がいちばん大事になる。それは延いてはご遺族のためにもなりますし、保険給付の公正にもなりますし、結局、それが国のためになるのだと。ですから、本来、ご遺族のためとか、犯罪の見落としをなくすためとかいう

ふうな、そういうふうな議論でこの死亡時画像診断の活用を狭く考えると、意見の違う人たちではまとまらないのだと思うのです。ですから、死因究明は死者のために、死んだ人が最後の情報を発信しているのを正確に捉える、それが、結局、みんなのためになって国民のためになるのだというふうな観点から議論していただきたいなと私は思います。

○門田座長 この件について、どなたかご発言がありますか。いまおっしゃっていただいた池田先生のお考えも、死者のためであるが、そこから発展して最終的には国民のためであり、いま生きている人のところまで返ってくるというご理解を、というふうなことをおっしゃっていただいて、特に、例えば診療関連死云々というところに目的を絞っているわけでも決してないし、たぶん、足立政務官が最初にお話されたのもそこにつながっているかのごとく思ったのです。そういう方向かなということでも私も最初にご挨拶申し上げさせていただいていると思うのです。

○宮崎先生 私の大学で Ai センターを開いたとき、何のためにそれをしたのかという質問をいろいろ受けたのですが、一時期に、法医の教授が転出されておられない時期を 1 年ちょっと経験して非常に困った時期が過去にある。それで、私どもの所は救命救急センターに年間 8,000 人ぐらいの救急患者が来られるわけです。その中で、CPA の患者さんが結構入ってくる。それを見ると、法医がいなかった時期もあるということもあって、最初から体表検視で返されてしまうのです。それを後から報告書をずっと見ると、果たしてこれは本当にこれでよかったのかと。死因は、結局、疑いのままなのです。

本当に死因が究明できないということもあるのですが、もう一つは、本当に犯罪を見落としていないのか。大学病院の外來まで来ていながらそれを見落としてしまうということは避けたい。そういうこともあって、専用の CT 機器を入れて、それで開いたのですが、開くときに医師会と県と県警本部の方に集まっていたいただいて、これを外に向かってオープンとするかどうか。それは、一つは、先ほど山本先生がおっしゃった、を最初から考えておかないといけない。これは、池田先生の言われた何のためかということと関係するのですが、誰が希望するのか。もし死者そのものということであれば国が見るべきだろうと思うのですが、実際は要求はさまざまなのです。家族の方が、解剖はしたくないけれども死因ははっきりさせたいとお願いする方もおられるし、警察のほうは、司法解剖をするかどうかという事前の少し時間が経ったようなものを受けてもらえるかどうかとか、医師会のほうは、自分の病院で起こった問題に対してそういうことでしてもらえるかどうか、立場はそれぞれあります。それで、うちのほうでいろいろ検討した結果、それぞれの要求する側から料金はいただくという、ちょっとファジーな制度をつくったのです。それで、料金規定は独自でいろいろなことを計算した結果は、この検討委員会が提出した 5 万強のこの額とほとんど一緒で、読影料と撮像料は逆転していますけれども、そういう料金を設定いたしました。それで、実際にどうかというと、司法のほうは料金規定を決めた後は頼まなくなったのです。これはどうかというのはちょっと問題があるのですが、いちばん多いのはご遺族です。解剖はしたくないけれども、5 万円強を払えばそれをしてもらえるならばということで、精度は 30% 以下だということはお説明した上ですけれども、いちばん多いのはご遺族だという現状です。

○門田座長 それでは、今村先生。

○今村先生 池田先生のおっしゃることは本当にそのとおりで思っています。別に、山本先生のお答えを私がするのは変なのですが、山本先生もよくわかっておられて、患者の視点というのが抜けてしまうのでそのことをあえて強調されて言われたのかなと私は理解して聞いておりました。とにかく、いまある死因の究明というのがほとんどなされていない状況を少しでも改善するためには、こういうスクリーニングとして Ai を入れたらいいのではないかということについてはほとんどの方も合意というか、同じ考えなのではないかなと私は思っています。

○今井先生 塩谷先生と山本先生のお話を伺って私たちもほぼ同じような意見なのですが、山本先生がおっしゃっている Ai のスクリーニングという意味は、私は少し違和感を感じます。病理解剖が減ったのはなぜかということ、画像診断学が進んで、死ぬ直前まで画像も撮

れて、遺族もどうして亡くなったのかの説明もきちんと受けていて、そういった場合に新たに Ai をやる必要があるかというのは大きな問題だと思います。ですので、Ai をやるには適用をきちんとガイドライン等で決めておく。こういった場合には Ai をやる、そして必要であれば解剖に行く。あるいは、Ai は解剖のための情報として非常に必要だというような位置づけでやっていくというのが必須だと思います。

もう一つは、私たちは救命救急以外ではあまり経験しないのが法医関係の事例だと思いますが、そこはまた、私は直接法医解剖等の関連の仕事をしていないのでわかりませんが、基本的にいろいろな情報が少ない中でやりますので、先ほど塩谷先生がお見せになられたような、体表からは全く変化がないけれども内臓はミンチ状態だったというようなものは Ai でないと無理だと思いますので、そこは、そういった場合を考慮するとスクリーニングという考え方も成り立つと思います。ですので、その状況、院内死亡か院外死亡か、あるいは院内でも本当の異状死と遺族が考えているかどうか等によって考えていくべきかなと思います。

○門田座長 ほかにどなたか。

○隈本先生 実際にどれぐらいの費用がかかるかとか、どのぐらいの人間が要るのだろうかということ具体的に考えてこの検討会で提言すべきだと思うのです。今、その 5 万円というのはこの Ai 情報センターにコンサルトを依頼した場合はプラス 3 万円ということと 8 万円ということになるのでしょうか。それから、具体的にどのぐらいの人数が実際に診断が必要になるのか。もう一つ、各病院にいろいろな CT があると思うのですが、実際に診断をするのは各県の Ai センターだけになるのか。それとも、各病院でやった画像を Ai 情報センターで読影するというのが理想のイメージなのでしょうか。その辺を山本先生にお伺いしたいと思います。

○山本先生 読影に関しては 3 万円という額で規定させていただいております。各施設で行う場合にはそれぞれの規定がいろいろあるのですが、今のところはその施設で検査と読影を行った場合に 5 万円から 5 万 2,500 円、6 万円までの間というのがある程度共通認識かなと思っています。あと、どれぐらい行うかと。これは、本当にもし全例行うのでしたら、年間 116 万例という形になります。全部の死亡になります。そこまでは必要ないだろうと。病院の外でしたら 16 万例が対象になるかもしれませんが、それも判断が分かれるところです。要は、誰がオーダーを出すか。一つは主治医の先生が判断する場合、もう一つは遺族が判断する場合、そういった場合に要望があったらできる体制を整えて、どのぐらい要望が出てくるか。これは Ai の認知度によって違ってくると思うのです。千葉大の場合だと、大体年間 400 例ぐらい亡くなっているのですが、全例実施しますよというアナウンスをしても年間 100 例ぐらいです。これは医師がまだよく知らない、特に研修医の方々が Ai の意味が分からないというのがありますし、タイミングというものもあると思います。これについては、今後、蓄積していかなければいけないところです。

あと、Ai 情報センターの活用方法なのですが、基本的には、その病院で検査と読影をして、遺族が納得していただけるのでしたらそれでおしまいでいいと思います。そこで第三者の意見が聞きたいとか、読影している先生がここは分からないからほかの人の意見を聞きたいと言ったときに、情報センターを活用していただければと思います。

○門田座長 それでは、菅野先生。これで最後の質問にさせていただきたいと思います。

○菅野先生 この問題については、まず医療関連死と異状死と分けて考えないと議論が進まないと思うのです。医療関連死の場合は、Ai は確かに一つの有力な手段になってきます。私自身もそれを読まされたこともありますので、非常に有力な情報が手に入る。しかし、Ai の他にも医療関連死の死因究明には行うべきことがいろいろあります。例えば処置中に突然亡くなる方の場合は、生体モニタリング情報が付随していることがありますが、その保存規程が定まっていない。モニタリング装置の電源をうっかり切ってしまうと、不整脈がその前にあったのかどうかという情報が保存されない場合があります。大きな施設の手術室等ではそれが保存されるシステムがありますが、それには費用が数千万円かかるというようなことがあります。それと併せてやる必要があります。それから、Ai の診断

有用性が 30%というお話がありましたが、十分ではないわけでありまして、ネクロプシーとか生体成分分析等、そういうものも併せて多面的なアプローチをできるような体制をとる必要があるのではないかとということが一つあります。

それから、異状死に関して、今、千葉大学は死体専用の CT 施設をお持ちですが、病院は生きている患者を扱っていますので、異状死体の中には感染性の不明な危険な場合もありますから、医療安全あるいは感染制御の立場から、生きた患者ときちっと設備を分けて扱うべきではないかと思えます。その場合の死体専用設備も、質の保証が必要だと思えます。日本は CT 装置が普及しているわけですが、その画像の質は、千差万別でありまして、最低どのぐらいの室の解像度が必要なのか、つまりマルチディテクターCT を必須とするのであれば 16 列程度を標準とするのかどうかなど、そういう統一基準が必要ではないかと考えます。持ち運び型の CT もあるというお話でしたけれども、それで質の保証ができるのか疑問です。従って Ai に要求される画像の問題をきちんと考えておかないと、Ai が十分機能しないのではないかと思えます。それから、読影の問題をおっしゃいましたけれども、先日の日本医学会で、放射線学会から検診画像等の読影を中国に依頼している事例があるというような問題提起があって、放射線読影医のマンパワーが患者の画像読影においてさえ、絶対的に不足しているのではないかとという可能性が指摘されました。この問題についても十分に議論しておかないと、Ai をスクリーニング的に使うということに対してはすぐタンド、ギブアップになってしまうのではないかとということでありまして、そこら辺りを整理して考えたほうがよろしいのではないかと思えます。

○足立政務官 池田先生も菅野先生もおっしゃることは、冒頭、室長がこの検討会の趣旨ということをして、この文書以外に話したこともありまして、いまは質問からだんだんアジェンダ設定になっていきますけれども、次回の一つのテーマとして趣旨をしっかりとすることをお願いしたいと思います。そこで、相田先生にお聞きしたいのですが、来月改正臓器移植法が施行されます。小児の虐待に対しては、いまお 2 人の先生からもこれが非常に有用であろうという話がありました。その点に関連してご意見を伺いたいと思えます。

○相田先生 最後に発言させていただこうか迷っていたところですが、小児の医療のほうの視点からすると、虐待を見落とさないことは臓器移植法とも関連しますし、非常に大事な問題なのですが、いまのように Ai がご家族の希望やご家族の同意で行われるとすると、連れてくるのは虐待したかもしれない親族、親御さんですので、たいがい Ai は希望されないということになってしまうと、制度的にある程度法的な規制をしてもらわない限り、私たちが Ai をしたいと思っても拒否されてしまうということになると思えますので、その辺の制度的な問題もあると思えます。それがいちばん大きいなと思えます。それと、小児というのは必ずしも大人と一緒にではないというか、かなり複雑な問題がありまして、読影する数が少ないといまおっしゃっていただきましたけれども、まして、小児の専門家というのは日本では絶滅危惧種ぐらい人数がいないものですから、例えば Ai センターであっても、さらに小児であるとコンサルトされるようなことになると思うのですが、専門家の育成も含めて医学放射線学会のほうのバックアップも受けて、両方でやらないと、制度をつくっても実際は機能なくなってしまうということを心配しております。ただ、小児は死亡自体は少ないですけれども、その中でどうしても拾い上げなければならないこと、あるいは医療事故を疑う親御さんというのは、子どもはかわいいですから、率としては多いので、そういうニーズに応えるために、実際のケースは少ないでしょうけれども、また大人の方と違う視点で考えていただきたいとすごく思っております。

○門田座長 ありがとうございます。第 1 回目でそれぞれ重要な問題がいくつも挙げられてきております。最後に足立政務官から宿題をいただきましたけれども、とにかく最初の段階で本来の趣旨をはっきりと皆さんで共有しているところでスタートするという、これにつきましても次回また引き続き皆さんの意見をお受けするという形でやらせていただきたいと思えます。いま出ておりましたいくつかの問題、費用の問題、件数の問題、クオリティの問題、教育も含めてやっていくとか、今日だけでもいろいろな問題が挙がってきておりますので、これにつきましても今後引き続き検討させていただきたいと思えます。

この検討会も、今の予定では12月いっぱいまでに提言としてまとめたいと思いますが、骨子は冒頭に足立政務官がおっしゃられたように、8月ぐらいまでにある方向性をということが出ておりますので、一応、その方向でディスカッションは進めたいと思いますが、いまのような複雑な話になれば、そんなに簡単でもないかなというふうにも思います。しかし、問題点は徐々にクリアになると思いますので出していきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

今後の予定ですが、例えば医学法射線学会とか、放射線技師会等も含めて、いろいろな現場のご意見をさらにもう少し聞かせていただくし、あるいはそのほかの情報を提供していただけるようなことに対してはこちらからもお願いしたいと思っております。また、同時に皆さん方のほうで、この方の意見を聞きたい、というようなものがありましたら事務局のほうにおっしゃっていただきたいと思っております。時間も過ぎておりますので、一応、本日の予定していた議題はこれで終わりということにさせていただきたいと思っておりますが、事務局から何か連絡事項はありますか。

○医療安全推進室長 次回第2回ですが、7月中の開催を予定しております。日程調整はまたさせていただきたいと思っておりますので、それにつきましてもご協力方お願いいたします。

○門田座長 それでは、本日の検討会はこれで終わりたいと思っております。どうもありがとうございました。

以 上

